

Certyfikat Ubezpieczeniowy nr

Adres na który należy przesać wypełniony i podpisany formularz

UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Centrum Obsługi Świadczeń

ul. Wróblewskiego 18

93-578 Łódź

lub wysłać mailem na adres: cos.lodz@uniqa.pl

Wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu*

- Zgonu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku
- Trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku
- Hospitalizacji Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku

Ubezpieczony

Imiona	Nazwisko		
PESEL	Data urodzenia	Płeć (K/M)	
E-mail			
Adres stałego zameldowania			
Ulica	Nr domu	Nr lokalu	
Kod pocztowy	Miejscowość		
Dokument tożsamości			
Rodzaj	Numer	Data wydania (rrr-mm-dd)	
Organ wystawiający			

Zdarzenie ubezpieczeniowe

Data zdarzenia	<input type="text"/>	W przypadku:		
Data Nieszczęśliwego wypadku	Data (rrrr-mm-dd)		Zgonu	- podać datę zgonu
	Data (rrrr-mm-dd)		Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy	- podać datę wydania orzeczenia
		Hospitalizacji	- podać daty pobytu w Szpitalu	

Jeżeli Ubezpieczony w chwili wypadku prowadził pojazd samochodowy lub inny wymagający posiadania uprawnień podać cechy tego dokumentu

Wyczerpujący opis wypadku (przyczyna, okoliczności, przebieg)

Kto, kiedy i gdzie udzielił Ubezpieczonemu pierwszej pomocy bezpośrednio po wypadku

Nazwy i adresy placówek medycznych leczących Ubezpieczonego (wypełnić w przypadku roszczenia z tytułu całkowitej niezdolności do pracy)

Nazwa	Kod pocztowy	Dokładny adres

Dokumentacja roszczenia

- Do wniosku dołączam***
- odpis aktu zgonu¹⁾
 - dokument medyczny stwierdzający przyczynę zgonu¹⁾
 - oryginał/kopię orzeczenia wydanego przez _____²⁾
 - raporty lekarzy, którzy obecnie leczą Ubezpieczonego, bądź leczyli i badali przyczyny²⁾³⁾
 - raporty sporządzone przez kliniki rehabilitacyjne i sanatoryjne²⁾³⁾
 -
 -
 -

Wyżej wymienione dokumenty dołączyć w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu:

1) Zgonu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku

2) Trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku

3) Hospitalizacja Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku

Zgodnie z OWU UNIQA TU na Życie S.A. ma prawo żądać innych dokumentów uzasadniających roszczenia

Wnioskodawca

(wypełnić, jeśli Wnioskodawca jest inny niż Ubezpieczony)

Nr telefonu

Adres zameldowania

Dokument tożsamości

Imiona	Nazwisko	PESEL
E-mail		
Ulica	Nr domu	Nr lokalu
Kod pocztowy	Miejscowość	
Rodzaj	Numer	Data wydania (rrr-mm-dd)
Organ wystawiający		

Wyplata świadczenia

Należne świadczenie*

proszę przelać na konto osobiste _____ w Banku _____

proszę przesłać pocztą na adres _____
Ulica, nr domu, nr lokalu _____
Kod pocztowy _____ Miejscowość _____

Oświadczenia

Naruszenie obowiązku zgłoszenia prawidłowych danych

Oświadczam, że jako Wnioskodawca udzieliłem/am odpowiedzi na pytania zawarte we wniosku zgodnie z prawdą i wyczerpująco. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że świadomie podanie informacji niezgodnej z prawdą lub zatajenie informacji stanowi naruszenie Umowy Ubezpieczenia i może skutkować jej nieważnością.

Oświadczenia

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych. Zostałem poinformowany, że administratorem danych jest UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Łodzi, ul. Gdańska 132, dane osobowe są zbierane w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub wykonania Umowy Ubezpieczenia, odbiorcami danych są podmioty wskazane w ustawie z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej, podanie danych jest dobrowolne, posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawienia.

Wyrażam zgodę na wystąpienie przez UNIQA TU na Życie S.A. do podmiotów, które udzielały świadczeń zdrowotnych o informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikację podanych danych o stanie zdrowia, ustalenie prawa do świadczenia z zawartej Umowy Ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także informacje o przyczynie śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Podmioty, o których mowa zwalnam z zachowania tajemnicy lekarskiej wobec UNIQA TU na Życie S.A.

miejscowość, data

Czytelny podpis Wnioskodawcy